



Center for Psychiatry and Mental Wellness



BIENVENIDO/A A NUESTRO CONSULTORIO

Todos/as nuestros/as proveedores/as y miembros de nuestro equipo esperamos darle la bienvenida a nuestro consultorio! Hemos adjuntado el papeleo necesario para usted para completar antes de su cita.

HORARIO DE ATENCIÓN

Lunes – Viernes, 8:00 a.m. - 5:00 p.m.

DESPUÉS DEL CIERRE

Los/as proveedores/as están de turno y usted puede dejar un recado para el/la proveedor/a llamando al número de consultorio y escogiendo la opción para el servicio de turno. Esto se debe solamente usar para asuntos urgentes. Llamadas no urgentes, tales como programar una cita o pedir un resurtido de una medicina deben hacerse durante el horario de atención o llamando al consultorio durante las horas de oficina. En caso de emergencias de salud mental o emergencias médicas, se debe llamar al 911 o dirigirse al RHA Mobile Crisis Services (RHA servicios móviles de crisis) al 888-573-1006.

NUESTROS SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD MENTAL INCLUYEN

- Manejo de medicamentos
- Psicoterapia
- Apoyo de salud conductual para incapacidades intelectuales y del desarrollo (Intellectual and developmental disabilities, IDD por sus siglas en inglés)
- Tratamiento de trastornos por uso de sustancias
- Medicamento para el trastorno por consumo de opioides
- Estimulación transcraneal magnética (Transcranial Magnetic Stimulation, TMS por sus siglas en inglés)
- Servicios de apoyo de colegas
- Programas de manejo de atención colaborativa
- Terapia basada en la escuela
- Terapia de aceptación y compromiso
- Terapia cognitiva
- Manejo del estrés basado en la conciencia
- Servicios de laboratorio in situ/en el local
- Terapia de interacción entre padres e hijos/as
- Terapia de juego
- Apoyo de medicamento inyectable de larga duración
- Atención informada sobre el trauma

MAHEC Center for Psychiatry and Mental Wellness

Mary C. Nesbitt Biltmore Campus, 125 Hendersonville Road, Asheville, NC 28803

Phone: 828-398-3601 | Fax: 828-333-5465



¡Bienvenidos a MAHEC!

Gracias por escogernos a nosotros para su atención de salud. MAHEC ha formado parte de Asheville desde 1974 y continuamos nuestra tradición de atención premiada con orgullo. Nuestros/as proveedores/as de atención de salud y nuestro personal están contentos/as de tener la oportunidad de cuidar a su familia entera en nuestros consultorios de salud de familia, medicina interna, en nuestros consultorios de obstetricia, las clínicas dentales y en el centro de psiquiatría. Servimos orgullosamente a todos/as los/as pacientes, sin importar sus ingresos o situación de seguro de salud.

- MAHEC está expandiendo nuestro programa de asistencia financiera para ofrecer por encima de lo que habíamos ofrecido anteriormente. Para facilitar este cambio pedimos a todos/as nuestros/as pacientes, actuales y nuevos/a, que completen un paquete de formularios de información de nuevo/a paciente.
- Nuestros/as asesores/as financieros/as de paciente están disponibles para guiarlo/a en el proceso de solicitar la asistencia ofrecida a través de nuestro programa de descuento de escala móvil. Se basa la elegibilidad en los ingresos y el tamaño de la familia. Se espera el pago de las cantidades de dinero de las cuales usted es responsable a la hora del servicio. Podemos ayudarle con opciones de pago, si usted no puede saldar la cuenta.

ANTES DE SU CITA

Este paquete de bienvenida incluye formularios que usted necesita por favor leer y completar antes de su cita

Es **MUY** importante que usted complete cada uno de los formularios y que entregue el paquete entero al personal de la recepción cuando llegue al consultorio para su cita. Por favor llegue **15 minutos antes de la hora de su cita** para finalizar el proceso de inscribirse.

Otras documentaciones que usted necesita llevar:

- Tarjeta de seguro de salud y licencia de conducir (u otra tarjeta de identidad válida con foto)
- Historial de salud o informes médicos relevantes
- Lista de medicamentos actuales o los frascos de sus medicinas
 - o Nombre de la medicina
 - o Dosis recetada(s)
 - o Cuánto tiempo lleva tomando la(s) medicina(s)

Portal de paciente de MAHEC

Nos complace brindarles a todos/as nuestros/as pacientes una herramienta en línea que les da acceso a su registro de salud personal 24/7. Con el portal, usted puede, de forma segura, enviarle notas por correo electrónico a su proveedor/a de atención de salud, mirar sus resultados de análisis de laboratorio, repasar su historial médico y mucho más. Usaremos la dirección de correo electrónico que usted nos da para brindarle acceso al portal, si usted no lo tiene actualmente. Simplemente espere ver un correo electrónico con instrucciones que le llegará después de su cita.

¡Gracias por escogernos a nosotros para su atención de salud!



Centro de psiquiatría & bienestar mental

NUEVOS/AS PACIENTES

Los/as nuevos/as pacientes deben traer el papeleo completado, una identificación con foto y tarjetas de seguro a la primera cita. Se recomienda a los/as pacientes que se comuniquen con su compañía de seguros y verifiquen los beneficios de salud mental antes de su primera visita. Aceptamos todos los seguros, pero esto no garantiza que estemos en la red con su plan.

PACIENTES QUIENES REGRESAN

Los/as pacientes quienes regresan deben asegurarse de que toda la información esté actualizada en cada visita. Esto incluye nombre y apellido(s), dirección, número de teléfono e información de seguro.

CONSULTAS TELEFÓNICAS

Las consultas telefónicas generalmente no son disponibles. Hable sobre sus necesidades de atención médica durante su visita. Si surgen problemas entre las citas, comuníquese con nuestro consultorio para adelantar su cita.

FUERA DEL HORARIO DE ATENCIÓN

Uno/a de nuestros/as proveedores/as estará de turno y usted puede dejar un mensaje para el/la proveedor/a llamando al número del consultorio y eligiendo la opción para el servicio de turno. Esto debe usarse solo para asuntos urgentes. Las llamadas no urgentes, como la programación de citas y solicitudes de resurtidos de medicamentos deben realizarse durante las visitas en el consultorio o llamando al consultorio durante el horario de atención. En caso de emergencias médicas, debe llamar al 911.

RESURTIDOS DE RECETAS

Todas las solicitudes de resurtidos de medicamentos deben realizarse durante la cita del/la paciente. Por favor traiga los envases de sus medicinas recetadas o una lista de medicamentos con usted a cada cita. Las solicitudes de resurtidos de medicamentos en otras ocasiones se finalizarán dentro de 3 días laborales.

FACTURACIÓN

Usted es responsable de su deducible anual, copago/coseguro y cualquier saldo que su seguro no pague. Se esperan copagos en el momento del servicio. Tenga en cuenta que algunos servicios no están cubiertos por el seguro y se le facturará a usted por ellos. Aceptamos pagos en efectivo, cheques y tarjetas de crédito. Se aplica una tarifa de servicio para los cheques devueltos. El número de teléfono de la oficina de facturación es (828) 257-4725, opción 3. Si tiene alguna pregunta con respecto a la facturación, llame a la oficina de facturación y haremos todo lo posible para ayudarlo/a o dirigirlo/a a alguien quien pueda ayudarlo/a.

He leído y acepto la política anterior:

Nombre y apellido(s) en letra de molde

_____/_____/_____
Fecha de nacimiento

Fecha de hoy

Firma

¡Gracias por escogernos para su atención médica!



MAHEC Formulario de registro del/la paciente

Por favor complete la siguiente información utilizando tinta negra. ESTA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL.

- Internal Medicine FHC Biltmore FHC Cane Creek FHC Enka/Candler FHC Newbridge
 Ob/Gyn Biltmore Ob/Gyn Franklin Women's Care Brevard Psychiatry Deerfield Givens

INFORMACIÓN DE PACIENTE

Nombre y apellido(s): _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección de la casa: _____ Género al nacer: Masculino Femenino
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Nº de seguro social: _____
Condado de residencia: _____ Correo electrónico: _____
Número telefónico en casa: _____ Celular: _____ Número telefónico en el trabajo: _____

Al proporcionar un número de teléfono, número de teléfono celular o una dirección de correo electrónico autorizo a MAHEC a ponerse en contacto conmigo o con mi tutor/representante legal para recordatorios de citas, para obtener información acerca de mi experiencia en este consultorio y para proporcionar recordatorios generales de salud y otra información con respecto a mi atención médica.

Necesidades especiales de la audición:

Necesidades especiales de la visión:

Utiliza silla de ruedas: Sí No

Tiene trastorno del habla: Sí No

Tiene estatus de veterano/a: Sí No

Raza (seleccione una):

- Asiático/a
 Nativo/a de Hawái
 De otras islas de Pacífico
 Negro/a, afroamericano/a
 Nativo/a de América del Norte o de Alaska
 Blanco/a
 Más de una sola raza

Identidad étnica (seleccione una):

- Hispano/a o latino/a
 No hispano/a o latino/a

Identidad de género:

- Masculino
 Femenino
 Transgénero masculino
 Transgénero femenino
 Otro
 Elijo no divulgar

Orientación sexual:

- Lesbiana o gay
 Heterosexual
 Bisexual
 Otra orientación sexual
 No sé
 Elijo no divulgar

Idioma preferido:

- Inglés
 Español
 Ruso
 Lengua de signos americana
 Otro idioma: _____

Estado civil:

- Soltero/a
 En una relación
 Con pareja
 Casado/a
 Separado/a
 Divorciado/a
 Viudo/a

Poblaciones especiales

- Migratorio/a Sí No
Estacional Sí No
Sin hogar Sí No

Estatus de vivienda (seleccione uno):

- No sin hogar
 Viviendo en un refugio para personas sin hogar
 Transicional
 Compartiendo cuarto
 Viviendo en las calles
 Vivienda permanente de apoyo
 Otra forma de vivienda

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre y apellido(s): _____

Parentesco: _____ Número telefónico: _____

SI EL/LA PACIENTE ES UN/A NIÑO/A (SI TIENE MENOS 18 AÑOS)

Nombre y apellido(s) de la persona responsable: _____

Parentesco: _____ Número telefónico: _____

INGRESOS ANUALES ANTES DE LOS IMPUESTOS

_____ Número de personas en el hogar: _____

Se usa la arriba citada información de los ingresos únicamente como información estadística y no se usa para determinar las necesidades financieras específicas del/la paciente.

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO PRIMARIO

Compañía de seguro: _____ Nº de identidad de la póliza: _____

Nombre y apellido(s) del titular de la póliza: _____ El titular de la póliza es:

Parentesco del titular de la póliza con el/la paciente: _____ Masculino Femenino

Dirección del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO SECUNDARIO

Compañía de seguro: _____ Nº de identidad de la póliza: _____

Nombre y apellido(s) del titular de la póliza: _____ El titular de la póliza es:

Parentesco del titular de la póliza con el/la paciente: _____ Masculino Femenino

Dirección del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

ASIGNACION DE BENEFICIOS Y REGLAS FINANCIERAS

Por la presente autorizo que se hagan los pagos de todos los beneficios de seguros médicos, Medicaid y/o Medicare directamente a MAHEC y les autorizo a ellos a presentar reclamos de seguro en mi nombre. También les autorizo a ellos a divulgar mi información médica y/o información de mi cuenta a mi proveedor de seguro médico, Medicaid y/o Medicare tal como sea requerido para satisfacer los reclamos. Accedo notificarles a ellos si mi cobertura cambia.

Comprendo que MAHEC:

- Espera el pago el mismo día de atención (si tiene seguro médico los co-pagos y deducibles se pagan el día de atención).
- Acepta pago en efectivo, cheques, tarjetas de débito o tarjetas de crédito principales.
- Cuenta con que presentaran los reclamos en mi nombre a Medicaid, Medicare y a todos los seguros médicos. Sin embargo, es mi responsabilidad saber los detalles de mi cobertura y proporcionar información actual y precisa a MAHEC.
- Trabajaré conmigo para establecer planes de pago.
- Proporciona servicios y tratamiento cuales son medicamento apropiados. Sin embargo, algunos de estos pueden no ser cubiertos por mi plan de seguro y será mi responsabilidad pagar por estos.
- Espera que la compañía de mi seguro médico pague dentro de un período de 90 días a partir de la fecha del rendimiento del servicio y me facturará directamente si el seguro médico no paga.
- Espera que el padre/la madre o tutor/a legal pague por todos servicios brindados a sus dependientes.
- Espera que yo mantenga mis citas y que llame con por lo menos 24 horas de anticipación para cancelar una cita. Comprendo que el no hacer esto puede resultar en que ya no se me acepte como paciente en este consultorio.

He leído y comprendo lo arriba citado.

Firma del/la paciente o de la madre/del padre o tutor/a legal: _____ Fecha: _____

AVISO: El no firmar este acuerdo no le exime de las arriba citadas expectativas.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Consiento voluntariamente a los servicios de rutina, tratamiento(s) médico(s), procedimiento(s) diagnóstico(s) de radiología, análisis diagnóstico(s) de laboratorio, servicios de salud mental y servicios ofrecidos por trabajadores de salud profanos (por ejemplo, doula/comadrona, trabajador/a de salud de la comunidad, especialista de apoyo individual) según lo que los proveedores de atención médica quienes me atienden consideren necesarios en cualquiera de las instalaciones de MAHEC. Voluntariamente doy mi consentimiento para permitir a MAHEC buscar atención médica de emergencia de parte de un médico u hospital, si es necesario. Comprendo que los procedimientos diagnósticos pueden incluir, pero no se limitan a, estudios de laboratorio de sangre, orina y tejido, incluidas las pruebas de detección de sustancias controladas. Comprendo que los procedimientos diagnósticos de radiología incluyen, pero no se limitan a, rayos x, ultrasonido, y/o mamografía. Comprendo que la práctica de medicina no es una ciencia exacta y que el diagnóstico y tratamiento pueden causar herida o incluso la muerte. Comprendo que tengo el derecho de hacer preguntas acerca de mi tratamiento y/o mis procedimientos y que tengo el derecho de rechazar cualquier tratamiento o procedimiento. Accedo a notificar a mi profesional médico de mis preocupaciones.

Firma del/la paciente o de la madre/del padre o tutor/a legal: _____ Fecha: _____

AUTORIZACIÓN DE CONTACTOS ALTERNATIVOS

Autorizo a MAHEC a conversar sobre información médica y financiera acerca de la atención y de los servicios brindados a mí con las siguientes personas:

Contacto #1

Nombre y apellido(s): _____

Parentesco: _____ Número telefónico: _____

Contacto #2

Nombre y apellido(s): _____

Parentesco: _____ Número telefónico: _____

Contacto #3

Nombre y apellido(s): _____

Parentesco: _____ Número telefónico: _____

RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRIVACIDAD

Se me ha dado la oportunidad de leer el aviso de normas de privacidad de MAHEC, y mis preguntas acerca de dicho aviso han sido contestadas. Comprendo que si elijo no firmar este reconocimiento, MAHEC continuará a brindarme servicios y usará y divulgará mi información de salud protegida (Protected Health Information o PHI, por sus siglas en inglés) de acuerdo con el aviso de normas de privacidad de MAHEC.

Firma del/la paciente o de la madre/del padre o tutor/a legal: _____ Fecha: _____

FOR OFFICE USE ONLY / USO EXCLUSIVO DEL CONSULTORIO

Primary Care Provider: _____

Copy of insurance card obtained? Yes No



Centro de Psiquiatría y Bienestar Mental

Formulario de admisión para nuevos/as pacientes

Nombre y apellidos del/la paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Formulario completado por: _____

ALERGIAS

¿Tiene alguna alergia o reacciones adversas (malas) a medicinas, alimentos o látex? Sí No
De ser así, por favor anótelas a continuación.

Medicina, alimento, látex u otra sustancia:	Reacción causada:
_____	_____
_____	_____

MEDICAMENTOS

Por favor anote TODAS las medicinas que está tomando actualmente (incluyendo pastillas anticonceptivas, vitaminas, suplementos y hierbas), incluso si no las toma todos los días, e incluso si se venden sin receta médica.

Nombre de la medicina, vitamina, hierba o suplemento:	Dosis: (por ejemplo cuántos miligramos [mg] o cuántas tabletas toma)	¿Con qué frecuencia la toma?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Farmacia local: _____

HISTORIAL MÉDICO DE LA FAMILIA

Si su padre ha fallecido ¿cuántos años tenía cuando falleció? _____ ¿Cuál fue la causa de su muerte? _____
Si su madre ha fallecido ¿cuántos años tenía cuando falleció? _____ ¿Cuál fue la causa de su muerte? _____

PLANIFICACIÓN DE VIDA REPRODUCTIVA

¿Desea un embarazo en el próximo año?
 Sí No Como sea No sé

¿Está usando algún método para prevenir el embarazo?
 Sí No

¿De ser así, cuál método? _____

PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE LAS DECISIONES MÉDICAS

¿Ha completado documentos para indicar sus deseos para el cuidado al final de la vida? Testamento Vital: Sí No
A designado a alguien para tener poder duradero para atención médica ("DPOA"): Sí No De ser así, ¿quién? _____

Nombre y apellidos del/la paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

HISTORIAL DE SALUD DE LA FAMILIA

Por favor marque la casilla adecuada, si algún pariente consanguíneo suyo ha sido diagnosticado con/experimentado alguno de los siguientes problemas de salud mental.

	Madre	Padre	Hermana	Hermano	Hija	Hijo
Trastorno de uso de alcohol						
Trastorno de ansiedad o pánico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno adaptivo o del espectro de autismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno bipolar, episodio maníaco o depresión maníaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno de uso de una droga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno alimenticio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incapacidad intelectual o de desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión mayor o clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno obsesivo compulsivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno de personalidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estrés postraumático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hospitalización psiquiátrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, u otro trastorno paranoide o delusivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intento de suicidio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suicidio llevado a cabo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otra afección de salud mental (por favor especifique): _____



Completado por: (por favor circule uno)
 Padres / Pariente / Guardián / Paciente
 (Parent / Relative / Gaurdian / Self)

LISTA DE SÍNTOMAS PEDIÁTRICOS

PEDIATRIC SYMPTOM CHECKLIST (PSC) Ages 4-10

Indique cual síntoma mejor describe a su hijo: Please mark under the heading that best describes your child:	NUNCA Never (0)	A VECES Sometimes (1)	SEGUIDO Often (2)
1. Se queja de dolores y malestares (Complains of aches and pains)			
2. Pasa mucho tiempo solo (Spends more time alone)			
3. Se cansa fácilmente, tiene poca energía (Tires easily, has little energy)			
4. Es inquieto (Fidgety, unable to sit still)			
5. Tiene problemas con maestros (Has trouble with teacher)			
6. Menos interesado(a) en la escuela (Less interested in school)			
7. Es muy activo(a), tiene mucha energía (Acts as if driven by a motor)			
8. Es muy soñador(a) (Daydreams too much)			
9. Se distrae fácilmente (Distracted easily)			
10. Temeroso(a) de nuevas situaciones (Is afraid of new situations)			
11. Se siente triste, infeliz (Feels sad, unhappy)			
12. Es irritable, enojón (Is irritable, angry)			
13. Se siente sin esperanzas (Feels hopeless)			
14. Tiene problemas para concentrarse (Has trouble concentrating)			
15. Está menos interesado(a) en sus amistades (Less interested in friends)			
16. Pelea con otros niños(as) (Fights with other children)			
17. Se ausenta de la escuela (Absent from school)			
18. Sus notas escolares están bajando (School grades dropping)			
19. Se critica a si mismo(a) (Is down on him or herself)			
20. Visita al doctor y el doctor no le encuentra nada malo (Visits the doctor with doctor finding nothing wrong)			
21. Tiene problemas para dormir (Has trouble sleeping)			
22. Se preocupa mucho (Worries a lot)			
23. Quiere estar con usted más que antes (Wants to be with you more than before)			
24. Se siente que él/ella es malo(a) (Feels he or she is bad)			
25. Toma riesgos innecesarios (Takes unnecessary risks)			
26. Se lastima facilmente/frecuentemente (Gets hurt frequently)			
27. Parece divertirse menos (Seems to be having less fun)			
28. Actúa más chico que niños de su propia edad (Acts younger than children his or her age)			
29. No obedece reglas (Does not listen to rules)			
30. No demuestra sus sentimientos (Does not show feelings)			
31. No comprende los sentimientos de otros (Does not understand other people's feelings)			
32. Molesta a otros (Teases others)			
33. Culpa a otros por sus problemas (Blames other for his or her troubles)			
34. Toma cosas que no le pertenecen (Takes things that do not belong to him or her)			
35. Se rehusa a compartir (Refuses to share)			

36. ¿Su hijo tiene algun problema emocional, o de comportamiento, para el cual necesita ayuda? No Sí
 Does your child have any emotional or behavioral problems for which she/he needs help?

37. De momento, ¿su hijo se está consultando con un profesional de salud mental? No Sí
 Is your child currently seeing a mental health counselor?

FOR OFFICE USE ONLY

Plan for follow-up

Total score _____

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Annual Screening | <input type="checkbox"/> Return visit w/ PCP | <input type="checkbox"/> Referred to counselor |
| <input type="checkbox"/> Parent refused | <input type="checkbox"/> Already in treatment | <input type="checkbox"/> Referred to other professional |

Comments:



Completado por: (por favor circule uno)
 Padres / Pariente / Guardián / Paciente
 (Parent / Relative / Gaurdian / Self)

Ages 11-16

LISTA DE SÍNTOMAS DE PEDIATRIA – INFORME DEL JOVEN (Y-PSC) PEDIATRIC SYMPTOM CHECKLIST YOUTH REPORT

Indique cual síntoma mejor te describe: (Please mark under the heading that best fits you.)	NUNCA Never (0)	A VECES Sometimes (1)	SEGUIDO Often (2)
1. Sientes dolores y malestares (Complain of aches and pains)			
2. Pasas mucho tiempo solo(a) (Spend more time alone)			
3. Te cansas fácilmente, tienes poca energía (Tire easily, little energy)			
4. Eres inquieto(a) (Fidgety, unable to sit still)			
5. Tienes problemas con los maestros (Have trouble with teacher)			
6. Estás menos interesado (a) en la escuela (Less interested in school)			
7. Eres incansable (Act as if driven by motor)			
8. Eres muy soñador(a) (Daydream too much)			
9. Te distraes fácilmente (Distracted easily)			
10. Te sientes temeroso(a) en nuevas situaciones (Are afraid of new situations)			
11. Te sientes triste, infeliz (Feel sad, unhappy)			
12. Eres irritable, te enojas mucho (Are irritable, angry)			
13. Te sientes sin esperanzas (Feel hopeless)			
14. Tienes problemas para concentrarte (Have trouble concentrating)			
15. Te sientes menos interesado(a) en tus amistades (Less interested in friends)			
16. Te peleas con otros niños(as) (Fight with other children)			
17. Te ausentas de la escuela (Absent from school)			
18. Las notas escolares están bajando (School grades dropping)			
19. Te criticas a ti mismo(a) (Down on yourself)			
20. Consultas al doctor y el doctor no te encuentra nada malo (Visit the doctor with doctor finding nothing wrong)			
21. Tienes problemas para dormir (Have trouble sleeping)			
22. Te preocupas mucho (Worry a lot)			
23. Quieres estar con tus padres más que antes (Want to be with parent more than before)			
24. Te sientes malo(a) (Feel that you are bad)			
25. Tomas riesgos innecesarios (Take unnecessary risks)			
26. Te lastimas facilmente/frecuentemente (Get hurt frequently)			
27. Parece que te diviertes menos (Seem to be having less fun)			
28. Actúas más chico que los niños de tu propia edad (Act younger than children your age)			
29. No obedeces reglas (Do not listen to rules)			
30. No demuestras tus sentimientos (Do not show feelings)			
31. No comprendes los sentimientos de otros (Do not understand other people's feelings)			
32. Molestas a otros (Tease others)			
33. Culpas a otros por tus problemas (Blame others for your troubles)			
34. Tomas cosas que no te pertenecen (Take things that do not belong to you)			
35. Te rehusas a compartir (Refuse to share)			

36. Tienes algún problema emocional o de comportamiento para el cual quieres ayuda? No Sí
 Do you have any emotional or behavioral problems for which you want help?

37. De momento ¿te estás consultando con un profesional de salud mental? No Sí
 Are you currently seeing a mental health counselor?

FOR OFFICE USE ONLY

Plan for follow-up

Total score _____

- Annual Screening Return visit w/ PCP Referred to counselor
- Parent refused Already in treatment Referred to other professional

Comment:



PROGRAMA DE DESCUENTO BASADO EN LOS INGRESOS DEL HOGAR
Apoyo financiero compasivo

¡Gracias por solicitar nuestro programa de descuento basado en los ingresos y tamaño del hogar!

Estos documentos tendrán que ser entregados antes de que su solicitud pueda ser procesada:

- Solicitud completada
- Comprobante de ingresos

Por favor devuelva todos los documentos a su asesor/a financiero/a de pacientes dentro de los 30 días después de la fecha de su primera cita.

Family Health Centers and Internal Medicine

Asesor/a financiero/a
Teléfono: (828) 771-3507
Fax: (828) 407-2640

Dirección postal:
123 Hendersonville Road
Asheville, NC 28803

Ob/Gyn Specialists

Asesor/a financiero/a
Teléfono: (828) 771-5443
Fax: (828) 407-2639

Dirección postal:
119 Hendersonville Road
Asheville, NC 28803

Center for Psychiatry and Mental Wellness

Asesor/a financiero/a
Teléfono: (828) 771-3460
Fax: (828) 820-8327

Dirección postal:
125 Hendersonville Road
Asheville, NC 28803

Dental Health Centers

Asesor/a financiero/a
Teléfono: (828) 398-5918
Fax: (828) 552-8691

Dirección postal:
123 Hendersonville Road
Asheville, NC 28803

Si tiene alguna pregunta acerca de este programa, por favor llame a su asesor/a financiero/a de pacientes a los números arriba citados.

¡Gracias!

Ingresos anuales del hogar de todos los adultos quienes trabajan

Fuente	Usted	Pareja	Otro	Total
Los dos últimos talones de cheque, formulario de declaración de impuestos con el anexo C si trabaja por cuenta propia, o carta del empleador				
Compensación por desempleo, compensación al trabajador (indemnización por accidentes/ enfermedades laborales), seguro social, seguridad de ingreso suplementario, asistencia pública, pagos al veterano, beneficios al sobreviviente, pensión o ingreso de jubilado				
Intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos de patrimonio/herencia, fondos fiduciarios, asistencia educacional, pensión alimenticia (conyugal), manutención infantil, asistencia de parte de fuentes fuera del hogar, y otras fuentes diversas				

NOTE BIEN: Antes de que se apruebe un descuento es necesario que proporcione copias de declaraciones de impuestos, talones de cheque, u otra información que verifique los ingresos.

Declaro que la arriba citada información acerca del tamaño de la familia y de los ingresos es correcta.

Nombre y apellido(s) (por favor en letra de molde)

Firma _____

Fecha _____

Office Use Only (exclusivamente para uso oficial)

Approved by: _____

Date approved: _____

Family size: _____

Income: _____

Approved discount: _____

Date received signed agreement: _____

Verification Check List

Yes

No

Identification/Address: Driver's license, utility bill, employment ID, or		
Income: Prior year tax return, two most recent pay stubs, or other		

Patient Account#: _____

AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR PROTEGIDA INFORMACIÓN DE SALUD

**DEBE completar TODAS LAS SECCIONES antes de que se pueda procesar su solicitud.
No olvide firmar y poner la fecha al final antes de entregarla.**

Nombre y apellido(s) legales del/la paciente: _____
Fecha de nacimiento: _____
 Autorizo el uso o la divulgación de la información de salud de la arriba nombrada persona como se detalla a continuación.

La información será divulgada de parte de:	La información será brindada a:
NOMBRE DE LA INSTALACION : MAHEC Center for Psychiatry and Mental Wellness School Based Therapy Program 125 Hendersonville Road Asheville, NC 28803	NOMBRE DE LA ESCUELA: _____ _____ _____

El propósito o la necesidad de esta divulgación es:
El/la terapeuta de MAHEC's School Based Therapy (SBT) Program necesita comunicarse con la escuela
 Comprendo que se puede revelar la información de forma verbal o escrita. **NO se enviarán informes clínicos.**
 Comprendo que la información revelada puede incluir información sensible relacionada con el comportamiento y/o la salud mental, drogas y alcohol, violación, abuso (sexual, físico, de una persona mayor, conyugal, etc.), aborto, infecciones de transmisión sexual, tales como VIH/SIDA y otras enfermedades transmisibles y análisis genéticos.

Información de salud que será divulgada:
Solamente la información relacionada con los servicios recibidos a través del programa MAHEC School Based Therapy Program

- EXCLUSIONES (marque la/s casilla/s adecuada/s):**
- Resultados de pruebas de SIDA/VIH, y diagnóstico, tratamiento, e información relacionada con esto
 - Resultados e información sobre el uso y tratamiento de drogas y alcohol
 - Anotaciones de salud mental
 - Análisis genéticos

Comprendo que esta autorización se vencerá en la fecha final de los servicios de SBT, a menos que yo haya especificado una diferente fecha de vencimiento, como sigue: _____.

Comprendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito a: MAHEC Privacy Officer, 121 Hendersonville Road Asheville, NC 28803, y que esta autorización dejará de tener efecto en la fecha de la notificación, a excepción de la acción previamente tomada a consecuencia de la misma.

Comprendo que la información usada o divulgada a consecuencia de esta autorización puede ser sujeto a una re-divulgación por parte del recipiente y puede ya no ser protegida por leyes federales o estatales.

Comprendo que MAHEC no requerirá la provisión de esta autorización para el tratamiento o la elegibilidad para atención, a menos que tal atención fuera: (1) relacionada con la investigación o (2) brindada solamente con el propósito de crear protegida información de salud para divulgar a un tercero.

Firmando abajo, reconozco que he leído esta autorización y que la comprendo.

FIRMA DEL/LA PACIENTE	FECHA
FIRMA DE UN/A REPRESENTANTE AUTORIZADO/A DEL/LA PACIENTE, SI CORRESPONDE (declare la relación con el/la paciente)	FECHA
TESTIGO DE LA FIRMA, SI CORRESPONDE	FECHA

USTED TIENE EL DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN DESPUÉS DE FIRMARLA.